

# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## SECCIÓN 1

**INFORMACIÓN DE LA EMBARAZADA:** Esta sección nos da la información básica acerca de la embarazada. Si alguna pregunta no es aplicable, escriba "N/A" Es opcional que dé su número de Seguro Social. Si contesta "SÍ" a las preguntas sobre si usted fuma no afectará la inscripción de ninguna manera.

|   |                 |                         |                                 |                  |
|---|-----------------|-------------------------|---------------------------------|------------------|
| Apellido  | Nombre, Inicial | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento             |                  |
| Domicilio (No aceptamos P.O. Box)   |                 |                         | Unidad/<br>Apto.<br>Número      | Teléfono<br>( )  |
| Ciudad  | Condado         |                         | Estado                          | Código postal    |
| Primer día de su última regla (obligatorio)   |                 | ¿Fuma? SÍ/NO            | ¿Fuma alguien de su casa? SÍ/NO |                  |
| <b>ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SUS DIRECCIONES DE FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:</b> |                 |                         |                                 |                  |
| Apellido  |                 | Nombre                  |                                 |                  |
| Dirección o P.O. Box Unidad/Apto. Número  |                 |                         |                                 | Unit/Apt. Number |
| Ciudad  | Condado         |                         | Estado                          | Código postal    |

**Raza o etnicidad:** (Opcional: Marque la que mejor se aplique)

|  |   |   |                                     |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanca                    | <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonesa       | <input type="checkbox"/> Guameña    |
| <input type="checkbox"/> Hispana                   | <input type="checkbox"/> Filipina         | <input type="checkbox"/> Coreana        | <input type="checkbox"/> Laosiana   |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana     | <input type="checkbox"/> Amerasiática     | <input type="checkbox"/> Samoana        | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Asiática                  | <input type="checkbox"/> China            | <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Otra       |
| <input type="checkbox"/> Indígena nativa americana | <input type="checkbox"/> Camboyana        | <input type="checkbox"/> Hawaiana       |                                     |
| ¿Qué idioma habla mejor? _____                     |   | ¿En qué idioma lee mejor? _____         |                                     |

## SECCIÓN 2

**1ª OPCIÓN DE PLAN DE SEGURO MÉDICO:** (La solicitante debe llenar esta sección)

Instrucciones: Lea en la página 24 de esta solicitud qué planes de seguro médico de AIM hay disponibles en su condado. A partir de la página 28 usted encontrará una descripción de cada plan de seguro médico, para que los revise.

**1ª opción de plan de seguro médico:**

|  |  |
|--|--|
| Grupo médico y proveedor elegidos (si son requeridos): | Código de proveedor (si son requeridos): |
|--|--|

**2ª OPCIÓN DE PLAN DE SEGURO MÉDICO:** (La solicitante debe llenar esta sección)

**2ª opción de plan de seguro médico:** (si la 1ª opción no está disponible)

|  |  |
|--|--|
| Grupo médico y proveedor elegidos (si son requeridos): | Código de proveedor (si son requeridos): |
|--|--|





# Solicitud para Acceso para bebés y madres

**Parte C: Vea en la página 12 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.** Escriba los nombres de todos los hijos o hijastros menores de 21 años de las personas casadas o sin casar que tengan un hijo en común, que vivan en la casa o que asistan a la escuela en otra población y que sean declarados como dependientes para fines fiscales. Incluya a los dependientes discapacitados que vivan en la casa de la embarazada y los gastos mensuales aplicables de guardería infantil o de cuidado del dependiente discapacitado, pagados por la embarazada o por el padre del bebé (si vive con la embarazada). Si no hay gastos, escriba "N/A" o "cero". Si necesita más espacio, escriba en una hoja de papel por separado y envíela por correo con la solicitud.

| Nombre del niño o del dependiente discapacitado | Fecha de nacimiento | Parentesco con la embarazada | Cantidad mensual pagada |
|---|---------------------|------------------------------|-------------------------|
|   |                     |                              |                         |
|   |                     |                              |                         |
|   |                     |                              |                         |
|   |                     |                              |                         |

|  |  |
|--|--|
| ¿La embarazada paga manutención infantil o respaldo conyugal mensual ordenado por un juez?<br>SÍ/NO<br><br>Si es así ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____<br>¿Cuánto de respaldo conyugal? \$ _____<br><b>Documentación requerida</b> | El padre del bebé anotado en la parte B ¿paga manutención infantil o respaldo conyugal mensual ordenado por un juez?<br>SÍ/NO<br><br>Si es así ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____<br>¿Cuánto de respaldo conyugal? \$ _____<br><b>Documentación requerida</b> |
|--|--|

Consulte la página 12 para mayor información sobre las deducciones de ingresos y la documentación de la embarazada necesita enviar.

|   |                         |   |
|---|-------------------------|---|
| ¿Dónde se enteró del Programa AIM? (haga un círculo alrededor de uno) |                         |   |
| 1. Consultorio médico   | 6. Oficina del gobierno | 11. TV o Radio                          |
| 2. Clínica comunitaria  | 7. 1-800-BABY-999       | 12. Feria de salud o evento comunitario |
| 3. Periódico  | 8. Patrón               | 13. Agente de seguros                   |
| 4. Internet   | 9. Escuela o iglesia    | 14. Otro (especifique) _____            |
| 5. Hospital   | 10. Amigo o pariente    |   |

## SECCIÓN 4

### DECLARACIONES DE LA EMBARAZADA

Declaro que:

- Creo de buena fe que no tengo más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud y que he incluido un documento que certifica que estoy embarazada.
- Soy residente del estado de California y pienso quedarme.
- No se me ha reembolsado y ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi contribución de la afiliada, con excepción de un gobierno indígena tribal de California, si es aplicable.
- No tengo seguro médico que cubra mi embarazo o tengo un deducible o copago específico por servicios de maternidad de más de \$500 a través de mi póliza de seguro médico.
- No estoy afiliada a Medi-Cal sin costo ni a Medicare Parte A y Parte B al momento de la solicitud.
- Doy permiso al Programa AIM para verificar mis ingresos familiares, situación de seguro médico, residencia y cualquier otra información presentada en la solicitud.
- Obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas del plan de seguro médico al que esté afiliada.
- He revisado los beneficios ofrecidos por los planes de seguro médico participantes.
- Entiendo y obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM.
- Acepto pagar la contribución de afiliada requerida, aún si no aprovecho completamente la cobertura o los servicios que ofrece AIM y reconozco que el Programa AIM dará los pasos necesarios para cobrar la contribución de la afiliada.



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## SECCIÓN 5

### AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Aviso requerido por la ley de Confidencialidad e información médica de 1/1/80, Sección 56 y siguientes, del Código civil de California para todas las solicitantes de 18 años de edad y mayores: Autorizo que cualquier compañía de seguros, médico, hospital, clínica o proveedor de atención médica proporcione al administrador del programa Acceso para bebés y madres, todos y cada uno de los expedientes relativos a mi historial médico, servicios o tratamientos proporcionados a la solicitante y al bebé nacido producto del embarazo de la solicitante, anotado en esta solicitud, con fines de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización tiene efecto inmediatamente y seguirá en efecto por tanto tiempo como el administrador lo necesite. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

#### Aviso de privacidad

La Ley de prácticas de información de 1977 y la Ley federal de privacidad exige a este programa que avisemos lo siguiente a las personas a quienes el programa Acceso para bebés y madres pida que den información (establecido por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros): El motivo principal por el que pedimos la información personal es el de identificar a la afiliada y para la administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que todas las personas presenten la información apropiada para la solicitud para el programa Acceso para bebés y madres. La falta esta información puede ser motivo para que se considere que usted no es elegible. La siguiente información de la solicitud es voluntaria: Los números de seguro social, la información de raza o etnia y quién le recomendó el programa.

Toda persona tiene derecho a los expedientes que contengan su información personal y conservados por la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario responsable de conservar la información es: Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. La Junta puede cobrar una pequeña cantidad para cubrir el costo de las copias de esta información.

Entiendo que éste es un programa estatal y que mis derechos y obligaciones bajo el programa serán determinados por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros de California y el Título 10, Parte 5.6 del Código de reglamentos de California.

Cada plan tiene sus propias reglas de resolución de disputas sobre la prestación de servicios y otros asuntos. Algunos planes dicen que usted debe usar arbitraje obligatorio para las disputas; otros no. Algunos planes dicen que las reclamaciones por negligencia deben decidirse con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que usted elija requiere arbitraje obligatorio, usted renuncia a su derecho a un juicio por jurado y no podrá exigir que su disputa se resuelva ante un tribunal. Para averiguar más acerca de cómo el plan resuelve las disputas, usted puede llamar al plan y solicitar una Prueba de cobertura o folleto de Certificado de seguros.

Yo, la solicitante, certifico que he leído y entendido la declaración jurada y las declaraciones anteriores. También certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender. Yo, la solicitante, acepto pagar la contribución de afiliada requerida y entiendo que el estado dará los pasos apropiados para cobrar el total de las contribuciones de afiliada como se describe en este contrato.

X \_\_\_\_\_  
Firma de la solicitante (requerida) Fecha

**Nota: Si resulta afiliada, la cobertura de AIM terminará 60 días después de la terminación de su embarazo.**

### Opcional: Autorización para enviar la solicitud de AIM a Medi-Cal.

Si mi solicitud no es elegible para AIM, pido que esta solicitud sea enviada al condado y tratada como una solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender.

X \_\_\_\_\_  
Signature of Applicant (required) Fecha

Envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

|   |   |
|---|---|
| <b>Dirección postal:</b><br>Access for Infants and Mothers Program<br>P.O. Box 15559<br>Sacramento, CA 95852-0559<br><i>Por favor no envíe por fax su solicitud</i> | <b>Dirección para envíos por servicios de mensajería: (Fed-Ex, etc.)</b><br>Access for Infants and Mothers Program<br>625 Coolidge Drive<br>Suite 100<br>Folsom, CA 95630 |
|---|---|

#### No olvide:

- llenar la solicitud
- firmar la solicitud
- reunir todos los documentos de ingresos y embarazo
  - certificado de embarazo
  - documentos de verificación de ingresos
  - prueba de deducciones de ingresos
  - Cheque de caja o giro postal (firmado) de \$50
- haga su cheque de caja o giro postal de \$50 (no se aceptan cheques personales ni efectivo) pagadero a:  
**Access for Infants and Mothers Program**
- haga fotocopias de todos los documentos enviados para sus registros, si así lo desea

**Nota: El Programa AIM debe recibir su solicitud llena antes del final de su semana número 30 de embarazo para que pueda ser considerada. Si se acerca el final de su semana 30 de embarazo, usted puede enviar su solicitud de un día para otro a través de Fed-Ex, el Servicio postal nacional, etc.**



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

Certificado de embarazo para que lo llene la solicitante:

|                            |                         |                     |
|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| Apellido de la embarazada  | Nombre de la embarazada | Inicial.            |
| Dirección de la embarazada |                         | Unidad/Apto. Número |
| Ciudad                     | Estado                  | Código postal       |

## Formulario de certificado de embarazo de AIM

Deberá enviar con su solicitud un certificado de embarazo emitido en los Estados Unidos; si no lo envía junto, este documento se debe recibir antes del final de su semana número 30. Puede usar el formulario de abajo para certificar el embarazo. Usted puede usar un formulario diferente, siempre y cuando contenga la misma información que éste y que sea firmado por alguna de las personas anotadas abajo.

Para ser elegible para AIM, la embarazada no debe tener más de 30 semanas de embarazo a la fecha en que el programa reciba la solicitud llena. El certificado de embarazo debe firmarlo un profesional de atención médica autorizado o certificado. Entre las personas que pueden certificar el embarazo para el Programa AIM se encuentran las siguientes:

- Médicos (generales u obstetras)
- Enfermeras tituladas
- Enfermeras parteras certificadas
- Enfermeras vocacionales autorizadas
- Asistentes de los médicos
- Asistentes médicos
- Miembros del personal autorizados por la Organización de paternidad planificada

## Para que la llene la persona que certifica el embarazo:

Certifico que la persona anotada arriba está embarazada.

|  |                      |   |                           |
|--|----------------------|---|---------------------------|
| Nombre del establecimiento   |                      | Fecha   |                           |
| Dirección del establecimiento  |                      | Número de oficina   |                           |
| Ciudad   |                      | Estado  | Código postal             |
| Código de área y N° de teléfono<br>( )   | Número de fax<br>( ) | Fecha estimada para el parto  |                           |
| Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica <b>(requerido)</b> |                      | Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica <b>(required)</b> |                           |
| Firma del profesional de atención médica <b>(requerido)</b>                                  |                      | Título médico <b>(requerido)</b>  | Inicial                   |
|  |                      |   | Número de licencia médica |



# Lista de comprobación de la solicitud de AIM

- Revise** el manual para enterarse de los requisitos de elegibilidad para el Programa AIM.
- Llene** la solicitud de AIM de las páginas A1-A5 de este manual. Todas las preguntas se deben contestar por completo. Si usted no proporciona toda la información necesaria (incluyendo la documentación requerida, firmas y pago), su solicitud no estará completa y eso retrasará su procesamiento.
- Firme y escriba la fecha** en la solicitud de AIM llena, en la página A5.
- Anexe** lo siguiente:
  - Certificado de embarazo** en la página A5 o puede usar un formulario diferente siempre y cuando contenga la misma información.

## Documentos de verificación de ingresos:

(Posiblemente pueda usar otros documentos que no se mencionan aquí.)

- Un documento por cada persona que viva en la casa y que tenga un trabajo:**
  - Un talón de pago reciente (de hace menos de 45 días), o
  - Una declaración firmada y fechada de su patrón, que indique sus ingresos brutos y qué tan a menudo se le paga, o
  - La declaración de impuestos federales sobre ingresos del año pasado.
- Un documento por cada persona que viva en la casa y que trabaje por su cuenta:**
  - El formulario de la declaración de impuestos federales sobre ingresos del año pasado, con el Cuadro C, C-EZ o F, o,
  - Un estado de ganancias y pérdidas firmado y detallado para los últimos 3 meses. Para ver una muestra de un estado de ganancias y pérdidas, vaya a [www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp](http://www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp), luego haga clic en *Obtener una solicitud*
- Si usted tiene ingresos por discapacidad, pensiones, jubilación, seguro social, beneficios de veterano, compensación laboral o desempleo, envíe una copia de:**
  - La carta de concesión, cheque o estado de cuenta bancario que muestre un depósito directo por el pago más reciente.
- Si recibe o paga manutención infantil o respaldo conyugal, envíe una copia de:**
  - La orden judicial, talón de cheque de pago que muestre la deducción del respaldo, los recibos o el cheque de respaldo mensual, o
  - Una declaración del Departamento de servicios de manutención infantil o de la persona que pague el respaldo, que indique la cantidad de respaldo mensual, para quién es el respaldo y quién lo recibe.
- Si usted paga Guardería infantil o cuidado de dependientes discapacitados, envíe una copia de:**
  - Un cheque cancelado o recibo o una declaración firmada del proveedor de guardería infantil de su hijo, que muestre cuánto paga cada mes.
- Un cheque de caja o giro postal** por \$50.00 (o toda la contribución de la afiliada y recibirá un descuento de \$50.00) a nombre de **Access for Infants and Mothers Program**. No se aceptarán cheques personales con la solicitud.

**Envíe por correo la solicitud (La solicitud está en las páginas A1-A5) a:**



**The AIM Program**

**P.O. Box 15559**

**Sacramento, CA 95852-0559**